Γνωρίζω ότι θα υπάρχει καθ’ όλη τη διάρκεια της παραγωγής Υπεύθυνος Υγείας, ο οποίος θα είναι εξουσιοδοτημένος με τις αντίστοιχες αρμοδιότητες για τον έλεγχο της τήρησης του 4Π από όλους τους συντελεστές της παραγωγής και αποδέχομαι ότι στα πλαίσια της διασφάλισης στο μέγιστο δυνατό τη προστασίας όλων μας, είναι δυνατόν να υπόκειμαι σε εξετάσεις και ερωτήσεις που αφορούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα μου, με σκοπό τον έλεγχο πιθανής ύπαρξης ύποπτου κρούσματος ιού covid-19 στο χώρο της παραγωγής. Αυτά τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα δεν θα επεξεργαστούν, δεν θα αποθηκευτούν και δεν θα κοινοποιηθούν σε οποιονδήποτε τρίτο.

* **ΕΧΕΙΣ ΤΑΞΙΔΕΨΕΙ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ 2020 ΕΚΤΟΣ ΕΛΛΑΔΟΣ;**

**ΝΑΙ – ΟΧΙ**

* **ΕΧΕΙΣ ΝΟΣΗΣΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ COVID 19;**

**ΝΑΙ – ΟΧΙ**

* **ΕΧΕΙΣ ΕΡΘΕΙ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΚΡΟΥΣΜΑ COVID-19;**

**ΝΑΙ – ΟΧΙ**

* **ΕΙΧΕΣ ΠΥΡΕΤΟ ΤΟN ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ;**

**ΝΑΙ – ΟΧΙ**

* **ΕΧΕΙΣ ΝΟΣHΛΕΥΤΕΙ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ 2020 ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΛΟΓΟ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;**

**ΝΑΙ – ΟΧΙ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ:**